

受付年月日	年 月 日
伺年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
支給額	円
支給内訳	出産育児一時金 円
標準報酬額	円(第 級)

支給支払決議書			
常務理事	事務長		担当者
資格取得		年 月 日	
資格喪失		年 月 日	
支払年月日		年 月 日	

**被保険者
家 族 出産育児一時金請求書**

① 被保険者証の記号・番号	〇〇-〇〇	② 事業所の名称	〇〇株式会社	③ 被保険者の標準報酬額	〇〇千円
④ 被保険者の氏名	健保 太郎		⑤ 被保険者の生年月日	〇〇年 〇〇 月 〇〇 日	
⑥ 出産年月日	〇〇〇〇年〇〇 月 〇〇 日		⑦ 死亡のときはその旨		
⑧ 出産した場所	医療施設等の名称	〇〇〇産婦人科			
	医療施設等の所在地	〒〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇3-9			
⑨ 被扶養者の出産であるときはその氏名・生年月日	健保 花子		〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
⑩ 出生児の氏名	健保 一郎		⑪ 出生児の生年月日	〇〇年 〇 月 〇 日	
⑫ 出生児が被扶養者かどうか	被扶養者である <input checked="" type="checkbox"/>	⑬ 出生児が被扶養者でないときはその理由	受けていない		
⑭ 他制度から給付を受けているかどうか	受けている <input type="checkbox"/> 受けていない <input checked="" type="checkbox"/>				
⑮ 振込希望の銀行	〇〇 銀行 〇〇 支店		(普通当座)	〇〇〇〇〇〇〇〇	
⑯ 備考	※公金口座を利用する場合は記入しないでください <input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します				
上記のとおり申請します。 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 住所〒〇〇〇-〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇1-1 被保険者の氏名 健保 太郎 印 志村化工健康保険組合理事長 殿					

⑰ 委任状	私は	を代理人と定め、次の権限を委任する。	
	金	年 月 日請求した出産育児一時金（家族出産育児一時金） 円也の受領に関すること。 年 月 日	
	被保険者の	住所〒 氏名	印
	代理人の	住所〒 氏名	印
⑱ 振込希望の銀行	銀行	支店	(普通当座)

⑲ 領収書	金 円但し うえの金額を領収いたしました。 年 月 日 志村化工健康保険組合理事長 殿 受領者 住所〒 氏名	印
-------	---	---

医師・助産師又は市区町村長が証明する欄	⑳ 出産年月日	年 月 日	㉑ 生産・死産の別	生産・死産 (妊娠第 月又は第 週)
	㉒ 出生児の数	単胎() 胎児() 胎児()		
	上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 医療施設の名称・所在地 〒 医師・助産師名 印			
	㉓ 本籍	市区町村	㉔ 筆頭者氏名	印
	㉕ 出生届出日	年 月 日	氏名	年 月 日
上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 市区町村長名 印				

〔記入上の方法〕

I. 被保険者への注意事項

1. 標題は被保険者が出産したときは、「被保険者」を、家族が出産したときは「家族」を○印で囲んでください。
2. ⑧欄の出産した場所は、出産した病院、診療所又は助産所などの医療施設名を記入してください。（なお、自宅出産の場合は、その旨を記入してください。）
3. ⑨欄は、被保険者（本人）の出産育児一時金の請求であるときは、斜線で抹消してください。
4. ⑩、⑪の欄には、出生児が複数のときは、それぞれの氏名、生年月日を記入してください。
5. ⑭欄には、他の医療保険制度から既に出産育児一時金、家族出産育児一時金を受けているときは、その旨を記入してください。
6. ⑮欄は、被保険者（本人）が直接受領するときに、被保険者の希望する振込金融機関名を記入してください。
7. ⑯欄には、被保険者の資格を喪失した後の出産であるときは、資格喪失年月日を、生産であったが、間もなく死亡したときは「出生児は、〇〇時間生存した後死亡」などのことを記入してください。
8. ⑰欄の「出産育児一時金（家族出産育児一時金）」の文字で不要のものは抹消してください。
9. 請求した給付の全額について受領を委任する場合であっても⑰欄に受領委任した金額を記入してください。
10. ⑱欄は委任により代理受領するときに、代理人の希望する振込金融機関名を記入してください。
11. 医師又は助産師の証明が外国語で作成されているときは、日本語の翻訳文（翻訳者の氏名、住所等を記載したもの）を添付してください。
12. ⑲欄は、被保険者（本人）が直接健康保険組合の窓口で受領するときに記入してください。

II. 医師、助産師又は市区町村長への注意事項

㉑欄は、該当する文字を○印で囲み、死産の場合は、妊娠第〇月又は第〇週であったかを記入してください。